O ROZPOZNAWANIU KIŁY

(SYPHILIS)

UKŁADU NERWOWEGO

Skreślił

D-r S. Domański,
Professor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1892 r.

WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.
1892.

O ROZPOZNAWANIU KIŁY

(SYPHILIS)

UKŁADU NERWOWEGO

Skreślił

D-r S. Domański,
Professor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1892 r.

WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.
1892.

Дозволено Цензурою.
Варшава, 14 Октября 1892 года.

O ROZPOZNAWANIU KIŁY [1] *(syphilis)* UKŁADU NERWOWEGO.

Rozpoznanie choroby dwojakie ma znaczenie: umiejętne i praktyczne; umiejętne samo dla siebie, bo choroba jest zjawiskiem w przyrodzie zasługującem, jak każde inne, na zbadanie i poznanie; praktyczne przez swe następstwa pod względem rokowania i leczenia. Znaczenie umiejętne niezawsze idzie w parze ze znaczeniem praktycznem i wcale nierzadko rozpoznajemy chorobę bardzo ściśle pod względem umiejętnym, nie mogąc z tego żadnych odnieść korzyści pod względem praktycznym.

Na szczęście stanowią niewątpliwie większość choroby, w których umiejętne rozpoznanie ma wielkie pod względem praktycznym znaczenie, bo wpływa na rokowanie i rozstrzyga o leczeniu.

Do takich chorób liczymy między innemi kiłę układu nerwowego, której wczesne i dokładne rozpoznanie ma nader wielką wagę dla rokowania i leczenia.

Dlatego sądzę, że nie będzie bez pożytku, jeżeli zastanowimy się tutaj nad rozpoznaniem tej częstej choroby, tem bardziej, iż nierzadko błądzi się w jednym i drugim kierunku, t. j.: albo rozpoznaje się kiłę tam, gdzie jej nie ma, albo nie rozpoznaje się jej tam, gdzie jest. I jeden i drugi błąd mieć może nieprzyjemne następstwa czy to dla lekarza, czy dla chorego: narażają pierwszego na zarzut, iż kuracyję przeciwkiłową zaordynował niepotrzebnie lub potrzebnej zaniedbał, drugiego na szkodę nierzadko nie dającą się już powetować lub na leczenie zazwyczaj dla ustroju nieobojętne.

Ażeby dane zboczenie w układzie nerwowym rozpoznać jako kiłowe, dwóch przedewszystkiem potrzeba warunków: 1) wykazać kiłę obecną lub przebytą, 2) dowieść klinicznie, że dane zboczenia polegają lub polegać mogą tylko na kile.

[1]) Korzystając z udzielonego sobie po koleżeńsku pozwolenia, używam wyrazu kiła, ponieważ mojem zdaniem 1) odpowiada dobrze duchowi naszego języka, 2) posługuje się nim oddawna najstarsza u nas szkoła lekarska, 3) dają się z niego dobrze utworzyć pochodne, jak: kiłowy, kilak (*syphiloma*), 4) wyraz syfilis nie daje się odmieniać, mając zakończenie dla naszego języka niezwykłe i niedogodne, 5) wyraz przymiot, lubo przez klasycznego pisarza Oczkę używany, jest dwuznaczny i nie nadaje się do tworzenia zeń wyrazów pochodnych.

Wykazanie obecności lub przebycia kiły jest oczywiście ze stanowiska umiejętnego koniecznym warunkiem do uznania danych zboczeń w układzie nerwowym za kiłowe, bo z natury rzeczy wypada, że objawy kiły mogą wystąpić jedynie w ustroju zakażonym jadem kiłowym. Ale jak tę kiłę wykazać i jakie w tej mierze nastręczają się trudności?

Że badany ustrój kiłę przebył pierwotną, możemy wykazać albo wywiadami, albo obecnością pewnych zboczeń, które niewątpliwie lub przynajmniej z podobieństwem do prawdy trzeba przypisać kile.

Co do wywiadów, w wielu przypadkach oświeca nas przyznanie się chorego, iż albo miał pierwotny wrzód twardy albo przechodził leczenie swoiste zaordynowane sobie przez lekarza, który daje rękojmię, iż chorobę należycie rozpoznał i leczył. Takie przypadki nie nastręczają oczywiście żadnych trudności. Zdarza się atoli i to wcale nie bardzo rzadko, iż albo nie można się niczego dowiedzieć, bo chory jest nieprzytomny, pozbawiony mowy lub dotknięty zboczeniami umysłowemi, a otaczający go, jak zwykle, o przebyciu przezeń kiły nie mają żadnych wiadomości, albo chory stanowczo zaprzecza, jakoby kiłę kiedykolwiek przebywał. Są nakoniec i takie przypadki, w których okoliczności nakazują obyć się bez wywiadów dlatego, ponieważ napewno spodziewać się trzeba, iż nie dojdziemy do prawdy, tak np. dzieje się u kobiet niezamężnych lub mężatek, które nabyły kiły przed małżeństwem i w tym podobnych przypadkach.

Po pewnem doświadczeniu przychodzi się nareszcie do przekonania, iż na anamnezie nie można nieraz polegać tam nawet, gdzieby wykształcenie, rozsądek i stanowisko pacyjenta kazały się na pewno spodziewać, iż dotrzemy do prawdy. Jak sobie w takich razach tłómaczyć, że pacyjenci chcą na własną szkodę lekarza w błąd wprowadzić, trudno orzec, ale to pewna, iż na anamnezę nie można w tej mierze rachować nieraz nawet i w kołach lekarskich! Przypominam sobie bardzo dobrze kolegę, który okazywał przypady mózgowe dające się wywieść jedynie z kiły. Wszelkie namowy, prośby i przedstawienia, żeby nas oświecił o prawdziwej swej przeszłości, nie przydały się na nic; co więcej, pacyjent zaręczał niezliczone razy, iż kiły pierwotnej nigdy nie przechodził. Mimo tego zaordynowaliśmy mu na podstawie narady koleżeńskiej wcierania szaruchy i poleciliśmy go koledze na prowincyi, od którego wkrótce przyszła wiadomość. iż sam chorego leczył na osutkę kiłową i zapisywał mu w tym celu rtęć! Również przywodzę sobie na pamięć prawnika, człowieka bardzo wykształconego, który zjawił się u mnie z porażeniem mięśnia odwodzącego i innemi przypadami mózgowemi. Ten także nigdy nie przyznawał się do kiły, ale przed laty sam się zgłosił osobiście do mnie po odbitkę z mej pracy o kile układu nerwowego, aby ją przestudyjować. Czyż ta ciekawość do kwestyi ściśle naukowej wobec przypadów ze strony układu nerwowego nie wznieca podejrzenia, że pacyjent kiłę przebywał?

Nakoniec są, i to wcale nierzadkie, przypadki, w których chorzy przyznają się otwarcie, iż mieli jakiś wrzód po podejrzanem spółkowaniu, ale zaprzeczają stanowczo, jakoby kiedykolwiek mieli jakiekolwiek zmiany na skórze, błonach śluzowych i t. d. i aby im kiedy ordynowano rtęć lub jod. W tych przypad-

kach dawniej albo sądzono, że chorzy zmyślają, albo po prostu nie przypuszczano ogólnego zakażenia kiłowego. Z prac atoli nowszych, między któremi obszerna rozprawa ziomka naszego, prof. E. Fingera w Wiedniu, zajmuje jedno z najcelniejszych miejsc, wypada najprzód, że kiła ogólna może wystąpić bez zmiany pierwotnej miejscowej, powtóre, że naodwrót po wrzodzie pierwotnym może nie być wcale żadnej nawet najmniejszej zmiany na skórze jako objawu zakażenia ogólnego.

Z uwag tych, na doświadczaniu opartych, wypada, że w rozpoznaniu kiły układu nerwowego na wywiadach tylko wtedy polegać można, jeżeli są pod względem kiły pierwotnej lub następowej dodatniemi, jeżeli mianowicie chory przyznaje, że miał wrzód, po którym nastąpiły w pewnym czasie objawy na skórze lub błonach śluzowych, a osobliwie, jeżeli lekarz kompetentny leczył te przypady środkami rtęciowemi. W tych zaś przypadkach, w których anamneza nie wykazuje kiły pierwotnej lub następowej, gdzie przedmiotowe nawet badanie nie wykazuje żadnych zboczeń kiłowych poza układem nerwowym, tam bynajmniej jeszcze kiły wyłączyć nie można na tej podstawie, iż chory nie przyznaje się do wrzodu pierwotnego. W tej mierze nie należy chorym ufać zbytecznie, jak również na zasadzie nieokreślonych względów socyjalnych, a zatem nieprzyrodniczych i nielekarskich, wykluczyć kiły, bo dalszy przebieg przypadów nerwowych może łatwo zadać kłam optymistycznym zapatrywaniom się lekarza. Tak np. widziałem u kobiety niezamężnej, trzydziestokilkoletniej porażenie kończyn dolnych, które wystąpiło nagle w towarzystwie utrudnienia oddawania moczu i zaparcia stolca. Badanie przedmiotowe nie wykazało poza układem nerwowym nic nieprawidłowego, a tylko przypadkiem dowiedziałem się, iż chora przebyła przed laty jakąś chorobę oczną. Doszedłem przeto do źródła i przekonałem się z wykazów prowadzonych bardzo ściśle przez kol. okulistę, iż chora miała niegdyś swoiste zapalenie tęczówki. I dalsze poszukiwania w kierunku, że chora mogła nabyć kiły, dowiodły, iż mieliśmy przed sobą kiłę układu nerwowego, lubo wszelkie okoliczności zewnętrzne i pozycyja socyjalna pacyjentki nibyto przemawiały przeciw możności nawet przypuszczenia kiły.

Powiedzieliśmy wyżej, że wykazanie kiły uprawnia do przypuszczenia, iż ona być może przyczyną danych zboczeń w układzie nerwowym. Rzecz to bowiem oczywista, iż obecność zmian kiłowych w innych narządacb dowodzi zakażenia kiłowego; jeżeli przeto mamy przed sobą równocześnie przypady czynnościowe ze strony układu nerwowego, wypadnie przypuścić raczej, iż jest jedna choroba nagabująca i układ nerwowy i narządy w ustroju, niż żeby miały istnieć dwie różne choroby obok siebie. Naturalnie, że w pierwszej chwili jest to tylko przypuszczenie, które dopiero dalsze rozważanie przypadów klinicznych w układzie nerwowym ostatecznie potwierdzi lub obali, ale ze stanowiska praktycznego nie ma wątpliwości, że tam, gdzie znajdujemy niezawodne objawy kiły, w skórze, błonach śluzowych, kościach, oczach, winniśmy dane zboczenia w układzie nerwowym przedewszystkiem odnosić do kiły, a rzeczą jest dopiero dalszego starannego badania i rozważania wszelkich okoliczności wykazać, czy istnieje wspólność przyczyny między zboczeniami w układzie ner-

wowym a innemi objawami kiły; to bowiem nie ulega oczywiście żadnej wątpliwości, że kiła może istnieć obok innych chorób.

Z tego, że na pewność anamnezy, jakeśmy już nadmienili, bardzo często rachować wcale nie można, nabierają oczywiście szczególniejszej ważności dla rozpoznania kiły układu nerwowego objawy kiły w ustroju poza tymże układem. Otóż, w tej mierze zasługuje na uwagę spostrzeżenie, najprzód przez francuzów zrobione, że kiła układu nerwowego występuje przeważnie tam, gdzie poprzednio inne objawy tego zakażenia były nieznaczne i minęły nieraz bez zostawienia żadnego śladu po sobie, gdzie zatem przypady ze strony układu nerwowego są jedynym objawem właściwego zakażenia ogólnego. Nadzwyczaj ważna ta okoliczność nie ulega dziś wątpliwości, a o prawdziwości jej może się każdy przekonać, kto ma cokolwiek więcej, niż zwykle, doświadczenia na tem polu. Jak to sobie tłómaczyć, trudno teraz już powiedzieć, ale wydaje się to tak, jak gdyby kiła, która wyczerpała się we wczesnych okresach i w innych narządach, nie miała później dostatecznej mocy do nagabienia układu nerwowego, który zazwyczaj, ale bynajmniej niezawsze, jest ostatniem polem jej działania.

Wobec tych dwóch okoliczności, że w rozpoznawaniu kiły układu nerwowego niezawsze możemy polegać na wywiadach i że kiła nagabuje układ nerwowy bardzo często tam, gdzie inne jej objawy były nieznaczne i minęły bez śladu po sobie, jest rzeczą nadzwyczaj ważną zbadać jak najdokładniej cały ustrój, by przecież mieć pewność, iż poza układem nerwowym nie ma żadnych zboczeń chorobowych, któreby można odnieść do kiły. Przekonałem się w tym względzie, iż koledzy niedoświadczeni polegają za bardzo na podaniach pacyjentów, a za mało badają sami osobiście. W sprawie tak ważnej, jak wykazanie kiły układu nerwowego, powinno się używać koniecznie i ściśle wszelkich sposobów badania klinicznego, a przedewszystkiem zbadać jak najdokładniej te narządy i części ustroju, w których pojawiają się głównie te zmiany późne kiłowe, po których zazwyczaj [ale wcale nie wyłącznie] występują przypady kiły w układzie nerwowym, a temi są przed innemi: skóra, błony śluzowe, kości, narząd wzrokowy. W skórze przeto znajdziemy nierzadko, nieraz nawet ze zdziwieniem chorego, kilaki, lub blizny po nich, na kościach osobliwie obojczykach mostku, żebrach, goleni zgrubienia, braki w przegrodzie nosowej, w błonie śluzowej ust blizny lub nawet braki w podniebieniu, zmiany na języku, ślady przebytego zapalenia tęczówki i t. d.. Dopiero po tak starannem zbadaniu całego ustroju wolno powiedzieć, iż nie ma zmian kiłowych.

Wykazaliśmy dostatecznie, jak sądzę, że z koniecznych do rozpoznania kiły układu nerwowego warunków, t. j. odpowiednich dat w anamnezie i obecności zmian kiłowych poza układem nerwowym bardzo często brakuje nam jednego i drugiego; pytanie przeto: jak sobie radzić w takich przypadkach?

Zanim na to odpowiemy, trzeba przedewszystkiem oświadczyć, iż w rozpoznaniu kiły układu nerwowego nie trzeba mieć koniecznie na uwadze jedynie strony umiejętnej, lecz baczyć także należy na stronę praktyczną, pamiętając o tem, że czekać, nim się sprawa zupełnie nie wyjaśni, znaczy zwykle w kile układu nerwowego tyle, co gubić pacyjenta, z drugiej strony, że terapija odpowiednia w rozpoznaniu tylko podobnem do prawdy może nieraz uczynić je pe-

wnem, o ile tylko o pewności mówić można w nauce lekarskiej. Kto pamięta o tych względach praktycznych, ten nie będzie mieć na swem sumieniu zarzutów, iż czekaniem lub leczeniem obojętnem szkodził choremu, a nieraz będzie się cieszył tryumfami swej bystrości dyjagnostycznej i wypływających z niej wskazówek terapeutycznych. Wyda się to zapewne niewłaściwem, by terapija służyła do rozpoznania, gdy oczywiście powinno być i bywa też zazwyczaj odwrotnie, ale teoryja jest teoryją i dla teoryi nie można gubić pacyjenta, którego niezawsze wprawdzie, jednakże bardzo często można uratować.

Przechodząc teraz do zadanego sobie pytania, widzimy, że nie ma dziś wątpliwości, iż nie ma może żadnego zboczenia czynnościowego w układzie nerwowym, któreby nie mogło być skutkiem kiły. Pochodzi to ztąd, iż, o ile tylko sięgają dzisiejsze wiadomości nasze anatomo-patologiczne, nie ma żadnej części w układzie nerwowym, którejby kiła nagabnąć nie mogła, a ponieważ przypady ze strony układu nerwowego są następstwem nie rodzaju, ale usadowienia się zmiany patologicznej, przeto nietrudno pojąć tę nadzwyczajną rozmaitość objawów kiły układu nerwowego.

To jest atoli tylko zasada ogólna, która w praktyce ulega pewnym ograniczeniom, mającym swą przyczynę w tem, że kiła, lubo może nagabywać i nagabuje rzeczywiście wszystkie odcinki układu nerwowego, nie rozdziela swego zgubnego wpływu równo na wszystkie, lecz zajmuje jedne o wiele częściej, niż inne. Jeżeliby na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych wypadało wyrzec swe zdanie, to wydaje się, jakoby kiła mózgu wpływała pośrednio lub bezpośrednio przedewszystkiem na powierzchowne części tego narządu, t. j. na substancyję szarą półkul i na części mózgu znajdujące się na podstawie czaszki wraz z położonemi tam nerwami.

Ztąd wypada pierwszy ważny wniosek dla przypadów klinicznych kiły układu nerwowego, iż choroba ta łączy się barzo często z objawami psychicznemi z jednej strony, a z drugiej z przypadami czynnościowemi, wskazującemi na zajęcie części mózgu i nerwów, znajdujących się na podstawie czaszki, a w rzędzie tych ostatnich przed innemi nerwów narządu wzrokowego w ogólności i nerwów ruchowych oka w szczególności.

Ztąd, że kiła, jakkolwiek może nagabywać wszystkie części układu nerwowego, nagabuje jednakowoż jedne bez porównania częściej niż inne, wypada, że i przypady czynnościowe w przebiegu tej choroby, jakkolwiek okazują bardzo wielką rozmaitość tak, iż nie ma prawie dwóch przypadków zupełnie jednakich, mają przecież w swej kombinacyi pewne do siebie podobieństwo.

Takiemi przypadami klinicznemi wspólnemi co do ogólnej zasady bardzo wielu przypadkom kiły, mianowicie mózgu są pewne zboczenia czynnościowe, które z pewnością, lub przynajmniej znacznem podobieństwem do prawdy, odnosimy do zajęcia z jednej strony kory mózgowej, z drugiej nerwów na podstawie czaszki, a zatem niezwykła przedtem u chorego drażliwość psychiczna, obniżenie energii władz umysłowych osobliwie pojętności i pamięci, bezsenność zawroty i bóle głowy, z drugiej zboczenia w zakresie nerwów mózgowych, na spodzie mózgu się znajdujących, jak mianowicie: nerwów, narządu wzrokowego, szczególniej w postaci rozszerzenia źrenicy, niedowładu lub porażenia mięśni

poruszających gałką oczną i powieką górną. Nie ulega też wątpliwości, że wszędzie, gdzie wystąpią te przypady, osobliwie, jeżeli wystąpią w pewnej liczbie, trzeba przedewszystkiem myśleć o kile, a doświadczenie kliniczne poucza, że koło 75%, według innych zaś nawet 90% wszystkich zboczeń w innerwacyi mięśni narządu wzrokowego polega na kile; ztąd bardzo ważny wniosek dyjagnostyczny.

Wszędzie, gdzie występują przypady, pochodzące z pewnego lub przynajmniej prawdopodobnego zajęcia kory mózgowej, szczególnie w postaci prostego obniżenia władz psychicznych lub zajęcia nerwów na podstawie czaszki, gdzie badanie kliniczne nie wykazuje żadnej innej przyczyny w układzie nerwowym, należy najprzód przypuszczać kiłę, nawet gdyby wywiady i badanie przedmiotowe nie wykryły żadnych śladów obecności lub przebycia kiły.

Przypuszczenie to zyskuje bardzo na pewności, jeżeli przypady ze strony kory mózgowej łączą się z przypadami w zakresie nerwów na podstawie czaszki.

Ztąd bardzo ważna i praktyczna wskazówka, by we wszystkich przypadkach z objawami mózgowemi badać jak najstaranniej władze psychiczne, nawet i przez wypytywanie się osób chorego otaczających, a z drugiej strony nie pomijać jak najdokładniejszego we wszystkich kierunkach zbadania narządu wzrokowego, w którem małe na pozór zboczenie czynnościowe, w postaci np. rozszerzenia źrenicy, może bardzo ciężko zaważyć na szali naszego rozpoznania klinicznego i rzucić odrazu światło na dany przypadek.

I na tym punkcie błądzą bardzo często koledzy niedoświadczeni lub niechcący sobie zadać trudu do jak najściślejszego zbadania przedmiotowego.

Właściwością jest kiły, że nawet bez żadnego leczenia przypady pojawiają się i znikają przynajmniej do pewnego stopnia. Tyczy się to także układu nerwowego. Jak bez żadnej widocznej lub dającej się wykryć przynajmniej przyczyny przypady pojawiają się, tak i znikają, co nieraz powtarza się po kilka, kilkanaście, nawet czasem kilkadziesiąt razy, nim nie zostaną stale lub nie zniknął zupełnie i niepowrotnie, a w ich miejsce nie wystąpią inne, zazwyczaj cięższe. Jaka jest tego przyczyna, dziś jeszcze nie wiemy, ale to pewna, iż mimo różnych w tej mierze analogij żadna inna choroba układu nerwowego tego zjawiska w tym stopniu, co kiła, nie okazuje, a przynajmniej nie okazuje co do pewnych przypadów. Takie np. rozszerzenie źrenicy, podwójne widzenie, porażenie połowicze pojawiają się i pogarszają bez żadnej wiadomej przyczyny, a w tym stopniu i w tym zakresie nie dzieje się to w żadnej innej chorobie układu nerwowego; ma przeto ono nadzwyczaj ważne znaczenie dyjagnostyczne.

Kiła wywołuje zwykle zmiany organiczne w układzie nerwowym, a zmian organicznych pospolitą jest cechą, iż trzymają się pewnych prawideł anatomicznych, czyli: że ich przypady czynnościowe zostają w jawnej oczywistej zgodzie ze znanemi stosunkami anatomicznemi i fizyjologicznemi. Tak np. w porażeniu połowiczem lewem skutkiem zatoru (*embolia*) lub krwotoku do mózgu nie mamy afazyi, bo ośrodek psychomotoryczny dla mowy znajduje się w lewej półkuli mózgowej, której zmiana chorobowa w pewnem miejscu usadowiona objawia się porażeniem połowiczem prawem. Jeżeli mamy niedowład lub porażenie odnóg dolnych z osłabieniem czynności pęcherza moczowego, możemy się spodzie-

wać zazwyczaj zmiany chorobowej w rdzeniu pacierzowym, ale zmiany tej nie mogą być skutkiem zawroty głowy, upośledzenie czynności psychicznych i t. d.. Na tej zgodzie przypadów ze stosunkami anatomicznemi i fizyjologicznemi polega topiczna dyjagnostyka chorób układu nerwowego i przyznać trzeba, iż, opierając się na niej, nie błądzimy zbyt często.

Otóż, uwagi godną jest rzeczą, że w kile łączą się ze sobą przypady, których nie można wywieść z jednego ogniska chorobowego, z czego powstają obrazy kliniczne, polegające na kombinacyi przypadów niezwykłej lub przynajmniej bardzo rzadkiej dla innych chorób układu nerwowego.

Tak np. biorę przykład świeży z własnej obserwacyi: chory dostaje nagle w czasie swej mowy do wielkiego zgromadzenia uczucia mrowienia i osłabienia władzy w lewej połowie ciała, co mija; w kika dni po tem bez żadnej utraty, ani nawet chwilowego zamącenia spokojności występuje porażenie prawej połowy ciała, do którego przyłącza się powoli utrata tamże czucia, a następnie i niedowład pęcherza moczowego. Przy badaniu przedmiotowem znalazła się prócz tego zwrotna nieruchomość tęczówek. Chory dopiero teraz przyznał się, iż miał przed laty wrzód twardy.

I to łączenie się ze sobą przypadów, których nie można wywieść z jednego ogniska chorobowego, jest cechą charakterystyczną kiły układu nerwowego z tym może dodatkiem, iż w bardzo wielu przypadkach rozmaitym kombinacyjom objawów towarzyszą pewne zboczenia psychiczne w postaci osłabienia pamięci, zmniejszenia energii władz umysłowych i niebywałej przedtem wrażliwości, tudzież zboczenia czynnościowe w zakresie nerwów ruchowych narządu wzrokowego.

Nakoniec do rozpoznania kiły układu nerwowego może posłużyć do pewnego, ale tylko do pewnego stopnia leczenie właściwe, swoiste: jeżeli bowiem w przypadkach pod względem rozpoznawczych wątpliwych skutkują jod i rtęć i to skutkują w sposób nie dający się wytłómaczyć naturalnym biegiem choroby, to oczywiście zyskuje na pewności lub przynajmniej podobieństwie do prawdy przypuszczenie, że się miało przed sobą kiłę, to bowiem nie ulega wątpliwości że z pomiędzy wszystkich zboczeń w układzie nerwowym kiłowe najłatwiej ustępują pod działaniem rtęci i jodu. Pamiętać wszakże należy, że najprzód rtęć i jod skutkują nietylko w kile, a następnie, że nieskuteczność terapii przeciwkiłowej nie jest jasnym dowodem, że dane zboczenia nie są kiłowe; wiemy bowiem oddawna, że są przypadki kiły nadzwyczaj oporne dla wszelkiej terapii, a powtóre, że kiła wywołuje w układzie nerwowym dwojakie zmiany: pierwotne, t. j. wprost przez siebie sprowadzone i następnie z pierwszych wynikłe i nie mające nic w sobie kile jedynie właściwego. Otóż, jedynie pierwsze są dostępne dla leczenia przeciwkiłowego.

Z jakiemi chorobami można pomieszać kiłę układu nerwowego? Oczywiście przedewszystkiem z takiemi, które przedstawiają i tę wielopostaciowość i rozmaitość przypadów, jakie według powyższego cechują kiłę, a temi są histeryja i stwardnienie rozsiane (*sclerosis disseminata*).

Posłużą nam do rozróżnienia histeryi przeważnie u kobiet, u których kiła układu nerwowego jest, przynajmniej u nas, w ogólności dosyć rzadka, zmien-

ność przypadów, nie licująca zazwyczaj ze znanemi stosunkami anatomicznemi i fizyjologicznemi, w wielu przypadach właściwe wejrzenie (*habitus hystericus*), rzadkość w histeryi przypadków pospolitych w kile układu nerwowego, np. obniżenia władz psychicznych, porażeń mięśni ocznych i odwrotnie przewaga w napadach kiły porażeń, w napadach histerycznych kurczów, szczególny wpływ wrażeń psychicznych w histeryi, czego w kile zazwyczaj nie widzimy. Wogólności przeto nie ma wielkich trudności w rozróżnieniu kiły układu nerwowego od histeryi, ale trudności te powstaćby mogły szczególnie wtedy, gdyby histeryja łączyła się z kilą układa nerwowego, jak to bywa u kobiet wcale nierzadko i z innemi chorobami układu nerwowego. W takich przypadkach możeby było niełatwo oznaczyć, które przypady należą do jednej, a które do drugiej choroby, ale ścisłe oznaczenie tego nie miałoby wielkiej wartości praktycznej wobec okoliczności, że w takiej kombinacyi przedewszystkiem kiła zasługuje na uwzględnienie terapeutyczne.

Co do stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia pacierzowego, rozróżnienie jest łatwe, jeżeli mamy znaną trójkę przypadów: porażenia wzmagające się, właściwe drżenie powiększające się przy zamierzeniu ruchów, *nystagmus.* Jeżeliby jednak tych przypadów nie było w komplecie, rozpoznanie mogłoby być trudne, szczególniej jeżeli się zwróci uwagę, że i kiła wywołuje zmiany rozsiane w układzie nerwowym i że przypady czynnościowe w chorobach układu nerwowego są, jakeśmy wyżej powiedzieli, skutkiem nie rodzaju, ale siedliska zmiany anatomicznej.

Streszczając teraz to wszystko, cośmy powyżej przytoczyli, możemy powiedzieć, że do rozpoznania kiły układu nerwowego służą nam:

1) wykazanie przebycia kiły pierwotnej, 2) wykazanie ogólnego zakażenia ustroju jadem kiłowym, 3) poprawianie się i znikanie jednych, a występowanie innych przypadów w układzie nerwowym, 4) kombinacyja przypadów dla innych chorób układu nerwowego niezwykła lub przynajmniej bardzo rzadka, 5) do pewnego stopnia skuteczność leczenia przeciwkiłowego.

Z tego wyliczenia widać, że rozpoznanie kiły układu nerwowego nie opiera się ani na jednym przypadzie wyłącznie, ani na jednej tylko okoliczności; że nie ma przypadów kilę układu nerwowego wyłącznie cechujących, czyli dla niej patognomonicznych i że rozpoznanie oczywiście tem jest pewniejsze, im więcej okoliczności z powyżej wymienionych daje się wykazać, z czego naodwrót wypada, że rozpoznanie jest tem niepewniejsze, tem mniej ma podstawy tak naukowej jak i praktycznej, im mniej jest okoliczności przypuszczenie kiły uzasadniających.

Ztąd oczywiście łatwo pojąć naturalne granice pewności dyjagnostycznej i to, że rozpoznanie z istoty rzeczy tam jest najtrudniejsze, gdzie przypadów czynnościowych jest mało, lub gdzie nawet zgoła jeden tylko mamy objaw. Tak np. jeżeli człowiek przedtem niby zupełnie zdrów, u którego wywiady nic nie wykazują, dostanie nagle porażenia połowiczego, niedowładu lub porażenia w zakresie ruchów narządu wzrokowego, napadu epileptycznego i t. d., bez żadnych poprzedzających objawów lub towarzyszących, to oczywiście trudno o zu-

pełnie pewne rozpoznanie. Przypadki takie są wszakże nader rzadkie, jeżeli tylko bada się chorych bardzo dokładnie; uczy bowiem doświadczenie, że zazwyczaj w tych przypadkach z mniemanemi przypadami odosobnionemi znajdują się czy to po za układem nerwowym, czy w nim samym inne objawy, dowodzące kiły wprost same przez się, lub przez swą kombinacyję, tak ważną dla rozpoznania.

Ale i w tych przypadkach, jakeśmy właśnie nadmienili, wogólności rzadkich, gdzie mamy objawy całkiem odosobnione, nie opuszcza nas nader ważna okoliczność, t. j. doświadczenie kliniczne i oparta na niem statystyka, które nas pouczają, iż tam, gdzie, osobliwie u mężczyzn, pojawiają się bez widocznej przyczyny pewne zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego, gdzie najstaranniejsze zbadanie przedmiotowe całego ustroju nie wykazuje żadnej dla nich przyczyny, należy myśleć przed innemi o kile, jako o przyczynie, a myśl ta, jakkolwiek oparta na słabym dowodzie przez wykluczenie, ma znaczenie pod względem praktycznym, ponieważ nam daje bardzo ważną wskazówkę terapeutyczną, a nie pozwala stać bezczynnie w chorobie, w której czekać na umiejętne wyjaśnienie się przypadku znaczy nieraz tyle, co gubić pacyjenta. Uczy nakoniec statystyka, że najpospolitsze może z przypadów odosobnionych, t. j. zboczenia w zakresie nerwów ruchowych narządu wzrokowego, najczęściej, jakeśmy nadmienili. polegają na kile tak, iż każdemu prawie choremu, który przedstawi nam się ze zboczeniami przerzeczonemi, można zadać pytanie, nie—czy, ale kiedy miał kiłę pierwotną, a rzadko otrzymamy na to odpowiedź przeczącą; jeżeli zaś ją otrzymamy, to często możemy powątpiewać o jej wartości.

Z tego wszystkiego, cośmy tu powiedzieli, opierając się na doświadczeniu klinicznem, wypada, że rozpoznanie kiły układu nerwowego jest zadaniem, które wymaga bardzo gruntownego zbadania całego ustroju, znacznego doświadczenia i bardzo wielkiej bystrości tudzież daru kombinacyi ze strony lekarza.